

ВИБОР МЕТОДА ЗАКРЫТТЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. Ю. Дабіжжа

*Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев,
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев*

Лечение пациентов с дефектами мягких тканей конечностей является сложной проблемой пластической реконструктивной хирургии. Результаты реконструктивных операций в зависимости от выбора пластического материала значительно различаются. В связи с возросшими требованиями к качеству жизни больного, важной характеристикой адекватности лечения является эстетический вид оперированной конечности. Это особенно важно у женщин и детей, которые предъявляют повышенные требования к эстетическому результату операции. В связи с этим особое внимание необходимо уделять выбору оптимальной тактики и способа хирургического лечения.

В отделении восстановительной микрохирургии и трансплантации тканей за период с 2005 по 2010 гг. лечили 72 пациента по поводу дефектов мягких тканей конечностей.

Для закрытия дефектов тканей использовали метод баллонной дермотензии — у 20 пациентов, транспозицию сложных комплексов тканей (СКТ) — у 17, свободную микрохирургическую пересадку сложных комплексов тканей — у 21, пересадку мышечных перфорантных и комбинированных лоскутов — у 14.

Восстановление общего покрова достигнуто у всех пациентов. Однако при транспозиции СКТ отмечен неудовлетворительный функциональный и эстетический результат в донорской зоне при удовлетворительном эстетическом ре-

зультате — в реципиентной области. При использовании микрохирургической пересадки СКТ, особенно при наличии поверхностных дефектов наблюдали неудовлетворительный эстетический результат в донорской и реципиентной зоне, что проявлялось избытком тканей лоскута в реципиентной зоне и требовало выполнения повторных корригирующих вмешательств.

Для улучшения эстетического результата с менее травматичными последствиями в донорской зоне рационально использовать метод баллонной дермотензии и свободную пересадку кожно-жировых или комбинированных перфорантных лоскутов.

В дистальных отделах конечностей более оправдана транспозиция островковых лоскутов, перспективным методом является свободная пересадка кожно-жировых или комбинированных перфорантных лоскутов.

Несомненным преимуществом перфорантных лоскутов является возможность их истончения на всем протяжении или на отдельных участках, а также изменение пространственной ориентации соответственно питающей ножке.

При таком подходе удалось достичь удовлетворительного эстетического результата в реципиентной и донорской областях при минимальных функциональных и эстетических нарушениях в донорской зоне.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛПОЄВОЇ КИСЛОТИ ТА САНДОСТАТИНУ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

В. М. Демидов, С. М. Демидов

Одеський національний медичний університет

Цукровий діабет (ЦД) — хронічне метаболічне захворювання, що характеризується порушенням метаболізму глюкози внаслідок абсолютної чи відносної недостатності інсуліну. Лікування хворих на ЦД за наявності гнійно-запальних ускладнень (ГЗУ), досить складне, не завжди ефективне. З огляду на це, опрацювання і впровадження в клінічну практику нових методів лікування пацієнтів з синдромом діабетичної стопи (СДС) є актуальною проблемою сучасної хірургії.

Мета роботи — визначення ефективності комплексного лікування хворих з приводу СДС шляхом включення до комплексу загальноприйнятої терапії сандостатину та альфа-ліпоєвої кислоти (ЛК) для зменшення тяжкості ендогенної інтоксикації.

Клінічні спостереження проводили протягом 5 років. Лікували хворих на інсуліннезалежний ЦД, у яких перебіг захворювання був ускладнений хронічним панкреатитом, артеріальною гіпертензією, ретинопатією, периферійною нейропатією та ГЗУ (нейропатична інфікована стопа, ішемічна гангренозна стопа, флегмона, абсцес м'яких тканин, остеомієліт кісток стопи тощо). В усіх пацієнтів відзна-

чений стан середньої тяжкості. Для клінічного спостереження відібрані хворі, у яких діагностований ендотоксикоз II ступеня.

Тяжкість ендотоксикозу оцінювали за величинами лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), гематологічного показника інтоксикації (ГПІ), вмістом пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ), які визначали за загальноприйнятими методами. Всім хворим призначали комплекс патогенетичного лікування для корекції метаболічних, судинних та інших розладів. До складу консервативної терапії включали внутрішньовенне введення сандостатину в дозі 0,2 — 0,5 мг на добу протягом 10 діб та ЛК по 300 мг двічі на добу (у 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду) протягом 15 діб.

Клінічними проявами за ускладненого перебігу ЦД були ознаки гнійної інфекції: біль у місці ураження, порушення апетиту та сну, підвищення температури тіла, декомпенсація систем детоксикації, анемія. Це супроводжувалося значним збільшенням показників загальнотоксичних тестів та вмісту токсичних метаболітів у сироватці крові (ЛІ, ГПІ, ПСММ).

Застосування базової терапії сприяло досягненню позитивного ефекту, зменшенню показників загальнотоксичних тестів. Вміст сечовини та креатиніну зменшився відповідно на 38 та 40% ($P < 0,05$) у порівнянні з таким до початку лікування. Рівень залишкового азоту в сироватці крові під впливом базової терапії суттєво знижувався (на 31%, $P < 0,001$).

При включенні до складу базової терапії сандостатину та ЛК ЛПІ зменшився в 1,7 разу і був на 27% менше, ніж у хворих за ускладненого перебігу ЦД, яким проводили лише базову терапію ($P < 0,05$). Показники ГПІ та ПСММ були менше таких у хворих, яким призначали лише базову терапію, відповідно на 58% ($P < 0,001$) і 24% ($P < 0,05$). При визна-

ченні концентрації токсичних метаболітів у сироватці крові відзначений більш суттєвий вплив сандостатину та ЛК, ніж при застосуванні лише базової терапії ($P < 0,05$).

Отримані дані свідчать, що у хворих за ускладненого перебігу ЦД прогресує інтоксикація, що проявляється збільшенням показників загальнотоксичних тестів та концентрації токсичних сполук у крові. Включення до комплексу лікування ЛК і сандостатину сприяло більш ефективному усуненню ознак інтоксикації, зменшенню індексів ендотоксикозу та вмісту токсичних речовин у сироватці крові. Результати проведених клінічних спостережень свідчать про доцільність застосування сандостатину та ЛК у комплексі лікування хворих за ускладненого перебігу ЦД.

ТРОФІЧНІ ГНІЙНО—НЕКРОТИЧНІ УРАЖЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

С. В. Дибкалюк, В. А. Черняк, В. Г. Мішалов, Г. І. Герцен

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України,
Київська міська клінічна лікарня № 8*

Мета роботи — визначити роль позиційної компресії підключичної та хребтової артерій у виникненні гнійно—некротичного ураження верхньої кінцівки у пацієнтів при дегенеративних захворюваннях шийного відділу хребта (ШВХ); розробити критерії діагностики та патогенетично обґрунтоване хірургічне лікування хворих за гнійно—некротичного ураження верхньої кінцівки та позиційної компресії артерій плечоголового стовбура при порушенні положення та рухів верхньої кінцівки.

Проаналізовані результати обстеження і хірургічного лікування 28 хворих віком від 32 до 67 років, у середньому ($49 \pm 0,5$) року, 8 чоловіків, 20 жінок. Гнійно—некротичне ураження дистальних фаланг пальців верхньої кінцівки на фоні вперше діагностованої хвороби Рейно відзначене у 12 пацієнтів, гнійне ураження кисті та пальців на тлі прогресуючої лімфедми верхньої кінцівки — у 9, хронічна рецидивуюча флегмона передпліччя — у 7.

Всім хворим проведено клініко—неврологічне, ортопедичне, інструментальне обстеження безпосередньо після звернення по медичну допомогу і в динаміці. Лікування безпосередньо ділянки гнійно—некротичного ураження проводили за загальноприйнятими стандартами у гнійній хірургії. Після досягнення ремісії виконували хірургічні втручання з метою усунення екстравазальної компресії артерій плечоголового стовбура.

Інструментальні дослідження включали: рентгенографію ШВХ, електронейроміографію (ЕНМГ) верхньої кінцівки в різних ортопедичних положеннях, ультразвукову доплерографію (УЗДГ) артерій плечоголового стовбура з вимірюванням об'ємного кровотоку в різних ортопедичних положеннях голови і верхньої кінцівки; магніторезонансну томографію (МРТ), ультразвукове дослідження (УЗД) скелетних м'язів шиї, магніторезонансну ангіографію (МРА) з контрастуванням при зміні положення верхніх кінцівок, мультиспінну спіральну комп'ютерну томографію (МСКТ) з зміною положення голови і верхніх кінцівок.

Найбільш несприятливий клінічний перебіг з різних видів гнійно—некротичного ураження верхньої кінцівки за наявності виражених компресійно—рефлекторних синдромів артерій плечоголового стовбура мало гнійно—некротичне ураження фаланг пальців. Для визначення тактики лікування найбільш інформативними були дані УЗДГ і МРА.

Хірургічна тактика, яка передбачала безпосереднє втручання в ділянці гнійно—некротичного ураження верхньої кінцівки — на I етапі та хірургічне лікування компресійно—рефлекторного синдрому — на II етапі виявилась високо ефективною у лікуванні хронічного рецидивуючого або швидко прогресуючого гнійно—некротичного ураження, пов'язаного з порушенням трофіки тканин верхньої кінцівки.

РЕГЕНЕРАЦІЯ ДІЛЯНКИ ШКІРИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЕКСПАНДЕРА

Т. О. Дубович

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Дефекти м'яких тканин кінцівок, що утворюються після травматичного ураження і захворювання, лікують з використанням сучасних мікрохірургічних та дермотензійних технологій, що дозволяє скоротити тривалість лікування і реабілітації, досягти хороших естетичних результатів.

Метою роботи було вивчення структурних змін шкіри при застосуванні ендоекспандерів.

В усіх пацієнтів досліджували розтягнуті і неуражені (контроль) ділянки шкіри, а також сполучнотканинну капсулу, що формувалася навколо імплантованого експандера.